



**Mawlamyaing Branch**  
No.93, Zay Kyo Quarter, Mawlamyaing Tsp, Mon State.Mawlamyaing  
Tel :  
Fax:

### PAYMENT VOUCHER

Voucher No. : MLM-PV-2024-11-0031

Cashier :

Voucher Date : 2024-11-16

To :

Currency : MMK

Applicant Adm. Manager GM

No	Description	Purpose	Subtotal
1	PAYMENT FOR RENTAL HOSTEL CHG MMK - 40,000/-	Admin - Office Supplies Expenses-MLM	40000.00
Total			40,000.00

Total in Words : \_\_\_\_\_

Note : PAYMENT FOR RENTAL HOSTEL CHG MMK - 40,000/-

Date : 16.11.2024 Name/NRC No : Hnin Paing Wai Signature :

# CASH CLAIM FORM

Date : 19.11.2024

BU/BR/Division : Mawlamyine

Department : Administration

Issue Amount : 400000 Kyats / 68,600.00 USD  
ငွေ ဆောင်ရွက်ပေးရန်

Budget include (or) Not :

Yes  Budgeted Title and Amount :  
 No  Reasons for :

**Required For:**

Hostel Chgs - 400000

---

မှတ်ချက်။  
 (၁) အဆင့်ဆင့်သက်ဆိုင်ရာတာဝန်ရှိလူကြီးမင်းများအားလုံး သေချာစွာစုံစမ်း၊စစ်ဆေး၊တွက်ချက်ပြီးထားသော ငွေပမာဏဖြစ်ရပါမည်။  
 (The amount requested must be properly calculated, checked and verified by respective authorized person)  
 (၂) ထုတ်ယူငွေနှင့် ပတ်သက်၍ အမှားအယွင်း၊ လိမ်လည်မှု နှင့် အလွဲသုံးစားမှု တစ်စုံတစ်ရာ ရှိခဲ့ပါက၊ သက်ဆိုင်ရာ၊ တာဝန်ရှိစစ်ဆေးအတည်ပြုသူက အပြည့် အဝ ပြန်လည်ရရှိအောင် တာဝန်ယူ ဆောင်ရွက်ပေးရမည်  
 (If there is errors, frauds or misappropriation, the authorized person must take full responsibility to recover the loss)

Request By	Checked By	Checked By	Approved By	Approved By
 Hnin Puin Wai Requester	 Myo Hlike Aung Mgr/DH	 Hnin Puin Wai Finance & Account	 Myo Hlike Aung GM/AGM/COO	..... CMC/CEO/Chairwoman



## GENERAL EXPENSE CLAIM FORM

DIV/ BR Name : Macolamyine

Department Name : Administration

No.	Date	Name	Description	Amount
1.	18.11.2024	Hnin Point Wai	Hostel Chgs (13- <del>Nov</del> -13-Nov)	40,000
Total Amount				40,000

Requested by

Approved by

Checked by

Approved by

Sign :

Name : Hnin Point Wai  
(Requester)

Myo Htike Aung  
(Department Head)

Hnin Point Wai  
(Related FNA/Corp FNA)

Myo Htike Aung  
(OM/AGM/GM/BOH/ABOH)

